

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DES
RUPTURES DES PYOSALPINX

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 1^{er} Juillet 1914

PAR

Georges MACARRY

Né à Paris le 26 juin 1887

EX-INTERNE DES HOPITAUX DE CANNES ET DE TOULON (Concours 1911)

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Examineurs de la Thèse	{	VIRES, professeur, <i>Président</i> .	{	<i>Assesseurs</i>
		GRANEL, professeur.		
		SOUBEYRAN, agrégé.		
		EUZIERE, agrégé.		

MONTPELLIER
IMPRIMERIE FIRMIN ET MONTANE
Rue Ferdinand Fabre et Quai du Verdanson

1914

CONTRIBUTION A L'ETUDE

DES

RUPTURES DES PYOSALPINX



Digitized by the Internet Archive
in 2026

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DES
RUPTURES DES PYOSALPINX

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 1^{er} Juillet 1914

PAR

Georges MACARRY

Né à Paris le 26 juin 1887

EX-INTERNE DES HOPITAUX DE CANNES ET DE TOULON (Concours 1911)

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Examineurs de la Thèse	{	VIRES, professeur, <i>Président.</i>	{	<i>Assesseurs.</i>
		GRANEL, professeur.		
		SOUBEYRAN, agrégé.		
		EUZIERE, agrégé.		

MONTPELLIER
IMPRIMERIE FIRMIN ET MONTANE
Rue Ferdinand-Fabre et Quai du Verdanson

1914



PERSONNEL DE LA FACULTÉ

Administration

MM. MAIRET (*).....	DOYEN.
SARDA.....	ASSESEUR.
IZARD.....	SECRÉTAIRE

Professeurs

Clinique chirurgicale.....	MM. TEDENAT (*).
Clinique médicale.....	CARRIEU.
Clinique des maladies mentales et nerveuses.....	MAIRET (*).
Physique médicale.....	IMBERT.
Botanique et histoire naturelle médicales.....	GRANEL.
Clinique chirurgicale.....	FORGUE (*).
Clinique ophtalmologique.....	TRUC (O *).
Chimie médicale.....	VILLE.
Physiologie.....	HEDON.
Histologie.....	VIALLETON.
Pathologie interne.....	DUCAMP.
Anatomie.....	GILIS (*).
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie.....	ESTOR.
Microbiologie.....	RODET.
Médecine légale et toxicologie.....	SARDA.
Clinique des maladies des enfants.....	BAUMEL (*).
Pathologie et thérapeutique générales.....	BOSC.
Hygiène.....	BERTIN-SANS (H).
Clinique médicale.....	RAUZIER (*).
Clinique obstétricale.....	VALLOIS.
Thérapeutique et matière médicale.....	VIRES.
Anatomie pathologique.....	N...

Professeurs adjoints : MM. DE ROUVILLE, PUECH, MOURET.

Doyen honoraire : M. VIALLETON.

Professeurs honoraires : MM. E. BERTIN-SANS (*), HAMELIN (*), GRASSET (O *).

Secrétaire honoraire : M. GOT.

Chargés de Cours complémentaires

Clinique gynécologique.....	MM. DE ROUVILLE, prof.-adj.
Accouchements.....	PUECH, profes.-adjoint.
Clinique d'oto-rhino-laryngologie.....	MOURET, profes.-adj.
Pathologie externe.....	LAPEYRE, agr. l. (ch. de c.)
Clinique des maladies des voies urinaires.....	JEANBRAU, a. l. (ch. de c.)
Clinique ann. des mal. syphil. et cutanées.....	VEDEL, agr. l. (ch. de c.)
Médecine opératoire.....	SOUBEYRAN, a. l. (ch. dec.)
Clinique annexe des maladies des vieillards.....	EUZIERE, agrégé.
Accouchements.....	P. DELMAS, agrégé.

Agrégés en exercice

MM. GALAVIELLE.	MM. CABANNES.	MM. RIMBAUD.
GRYNFELT.	DERRIEN.	ROGER.
LAGRIFFOUL.	P. DELMAS.	ETIENNE.
LEENHARDT.	MASSABAU.	LISBONNE.
GAUSSEL.	EUZIERE.	MARQUÈS, ch. des F.
RICHE.	J. DELMAS.	

Examineurs de la thèse ;

MM. VIRES, professeur, <i>président</i> .	MM. SOUBEYRAN, <i>agrégé</i> .
GRANEL, professeur.	EUZIERE, <i>agrégé</i> .

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur et qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni improbation

A LA MÉMOIRE DE MES AIEUX PATERNELS

A MA GRAND'MÈRE

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

A MON FRÈRE RAYMOND

G. MACARRY.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE
MONSIEUR LE PROFESSEUR VIRES

A MONSIEUR LE PROFESSEUR GRANEL

A MESSIEURS LES PROFESSEURS-AGRÉGÉS
SOUBEYRAN ET EUZIÈRE

A MES MAÎTRES DE LA FACULTÉ
ET DES HOPITAUX

G. MACARRY.

AVANT-PROPOS

La voici donc écrite cette thèse si désirée qui nous accorde, avec notre diplôme de docteur, le droit d'exercer la noble profession. Nous l'avons tant attendue que nous sommes presque surpris de sa réalité: elle est là pourtant et le long sentier qui permet de l'atteindre a été complètement gravi. Que d'efforts ne nous a-t-elle coûtés depuis le jour, où quittant nos parents, nous sommes allés hanter les laboratoires du P. C. N., jusqu'à celui où nous nous sommes occupés de son impression!

Si éloignée d'abord, elle est venue lentement, nécessitant à chaque étape de nouvelles peines, de nouveaux examens et elle arrive enfin, juste récompense de tant de travail pour modifier considérablement notre vie.

C'est avec joie, en effet, que nous nous disposons à franchir ce tournant de l'existence qui conduit de la vie d'étudiant à celle du praticien. Nous ne regrettons qu'à demi la première, estimant contrairement à l'opinion de beaucoup qu'elle a comme l'autre ses heures difficiles et qu'il est plus agréable souvent de gagner librement sa vie que de solliciter sa subsistance.

Nous voyons simplement partir avec regret la meilleure partie de notre jeunesse que les longues années d'études entraînent avec elles dans le passé, chose que notre soutenance de thèse semble irrévocablement marquer. Mais nous

nous réjouissons d'entrer aujourd'hui dans cette carrière vraiment libre de médecin praticien que les difficultés professionnelles laissent belle encore pour celui qui l'exerce honorablement.

Que l'on nous permette avant tout de profiter du début de cet ouvrage pour accomplir notre devoir envers ceux qui nous ont aidé à devenir ce que nous sommes. Et parmi ceux-ci la première place revient à nos parents, à notre vieille grand'mère pour qui cette thèse sera une réjouissance, à notre père qui, le premier, nous a conseillé de choisir la carrière médicale; à notre mère qui n'a cessé de nous inciter au travail jusqu'au dernier jour de nos études. Nous leur dédions cette thèse en témoignage de notre profonde reconnaissance, espérant leur rendre un peu de joie en échange de tous leurs sacrifices et de leur inoubliable dévouement.

Notre reconnaissance ira aussi :

A nos maîtres de l'Ecole de médecine de Marseille, où nous avons commencé nos études, en particulier à MM. les professeurs Imbert et Escat, qui ont bien voulu nous communiquer des observations sur notre sujet.

A nos maîtres de la Faculté de médecine de Montpellier, en particulier à M. le professeur Vires, qui a bien voulu nous faire l'honneur d'être notre président de thèse; à MM. les professeurs Granel, Soubeyran et Euzière qui composent notre jury.

Aux chirurgiens et médecins des hôpitaux de Cannes et de Toulon où nous avons été interne et où nous avons fait nos premières armes dans la pratique de la chirurgie. Nous passerons à dessein sous silence, les administrateurs de ces hospices, certains d'entre eux ne méritant pas l'honneur que nous leur ferions en les mentionnant. Nous laissons en particulier à ceux de Toulon, à qui nous avons dit

un adieu mémorable en leur remettant au mois d'octobre 1911, la démission collective de l'internat, le soin de se comprendre parmi ces derniers. Ils nous excuseront de respecter un peu trop ce travail pour en salir les premières pages en y inscrivant leur nom.

Soutenant notre thèse sous l'uniforme militaire, nous nous faisons un devoir d'adresser aux officiers et sous-officiers du 141^e régiment d'infanterie, où nous avons été soldat et du 3^e régiment d'artillerie coloniale où nous avons été médecin auxiliaire, nos remerciements les plus sincères pour nous avoir atténué de leur mieux les rigueurs du service. En particulier, nous voulons nommer le colonel Chartier, le lieutenant-colonel Vidal, les médecins-majors Gauran, Dubarry et Léger, le capitaine Adam qui ont été pour nous des chefs d'une bienveillance extrême et qui nous ont rendu d'inoubliables services. Nous en profiterons pour adresser à nos camarades, médecins auxiliaires dans ces régiments, l'assurance de notre plus cordiale sympathie, et surtout nous n'oublierons pas nos deux chers amis de régiment, Denys Poujol, docteur en pharmacie, et Léon Gauthier, en compagnie desquels nous avons passé toute une année de service à l'infirmerie du 141^e de ligne.

Notre pensée ira enfin à notre jeune frère Raymond, actuellement canonnier au 2^e régiment d'artillerie de montagne et que nous assurons à cette occasion de notre aide et de notre protection pour l'avenir; à Mlle Hortense Villon qui a été au cours de nos études une délicieuse amie dont le souvenir ne s'effacera jamais de notre mémoire; à M. Guillet dans l'officine duquel nous avons appris la pharmacie; à M. Soubeyran et à sa charmante épouse, Mme Claire Soubeyran, dont la fréquentation nous a valu de si bons moments pendant cette dernière année; aux docteurs Audibert, Rostagni, Raynal, Charasse, Vayrolatti, Ouvry, Lat-

tès, Asquier, Pagès, Daumas, et tant d'autres que nous ne pouvons joindre à cette liste déjà longue et qui seront pour nous de si bons confrères après avoir été de si excellents camarades.

Que tous donc soient assurés de notre reconnaissance et de notre amitié pendant notre carrière.

Abordons maintenant ce sujet qui nous a été indiqué par notre cher maître, M. le professeur Soubeyran, de la Faculté de Montpellier, et pour le développement duquel nous avons été conseillé par M. le docteur Rives, que nous remercions vivement de sa bonne collaboration.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

RUPTURES DES PYOSALPINX

INTRODUCTION

La plupart des gynécologistes modernes considèrent la rupture des pyosalpinx comme un accident rare. La littérature médicale n'en contient pas en effet une multitude d'observations et, avant 1883, cet accident était absolument inconnu. C'est à cette époque que Lawson-Tait, pratiquant l'ablation des annexes, trouva pour la première fois la trompe perforée et comprit l'étiologie de la péritonite consécutive aux ruptures annexielles. Il alla alors en exagérant beaucoup jusqu'à affirmer que 50 0/0 des femmes atteintes de salpingites étaient vouées à une mort certaine par suite de cet accident.

Après lui, Bernütz en a publié quelques cas et tout récemment Lejars rapporte qu'à la suite d'une enquête faite en 1902 par M. Bonney auprès de quarante chirurgiens du monde entier, vingt-six répondirent « n'avoir jamais rien observé de semblable ». Pozzi lui-même n'insiste pas sur l'éventualité de la rupture, la considérant comme une rareté et Goth, sur 700 cas de salpingite observés à la clini-

que de Koloswar (Hongrie) conclut que la proportion des ruptures était de 7,1 0/0.

Pour notre part, nous avons cherché les observations recueillies dans les hôpitaux de Marseille, nous avons interrogé à ce sujet de nombreux chirurgiens de cette ville et nous avons gardé l'impression qu'il s'agit là d'une affection peu fréquente.

Il faut tenir compte toutefois des grosses chances que cet accident a de passer inaperçu; beaucoup de cas se terminant par la mort avant que le diagnostic ne soit exactement posé. C'est ainsi qu'identiquement à notre observation n° VI, pas mal de ruptures de pyosalpinx deviennent des cas d'autopsie.

De plus, il est fort probable que l'affection était plus fréquente au temps où la timidité des chirurgiens ne permettait pas encore les interventions précoces et radicales que nous n'hésitons pas à faire aujourd'hui.

Quoi qu'il en soit, il nous a semblé que cette affection méritait d'être mieux connue des gynécologistes. Quelques prédécesseurs se sont occupés avant nous de cette question mais nous avons estimé que, dans leurs écrits, certains points restaient à éclaircir et à préciser. Nous avons donc entrepris ce travail espérant apporter ainsi une faible contribution au progrès de la chirurgie moderne et nous aurons conscience d'avoir fait œuvre utile si nous aidons ainsi nos confrères à sauver la vie de quelques malades.

CAUSES ET MECANISME DE LA RUPTURE

Deux théories sont en présence pour expliquer la rupture des pyosalpinx. L'une fait intervenir la surdistension de l'organe résultant de la production incessante du pus qui amènerait à un moment donné l'éclatement de la poche. L'autre est basée sur le phénomène de l'ulcération de la paroi s'effectuant sous l'influence des produits septiques du contenu et qui aboutirait à la perforation.

En réalité c'est à ce dernier processus qu'il faut attribuer l'issue du pus hors de la cavité tubaire. Ceci résulte de l'expérience de Delbet exposée dans son traité « Des suppurations pelviennes chez la femme » : en injectant dans la trompe saine d'un cadavre un liquide sous pression n'altérant pas la paroi, on n'obtient pas une dilatation supérieure au volume d'un crayon. De plus la rupture se produit toujours en bas, entre les deux feuillets du mésosalpinx. Comment expliquer alors ces dilatations énormes qui ont résisté à la rupture et ces perforations en un point variable de l'organe ? Peaslee cite l'observation d'un pyosalpinx de 18 livres ! Lucas-Championnière parle d'un cas où la trompe aurait contenu 1.200 grammes de pus.

Il est évident qu'il faut admettre l'altération de la paroi : c'est sous l'influence de l'infection que les tissus modifiés

se laissent distendre et cèdent en un point quelconque à l'occasion d'une cause étrangère qui fait brusquement augmenter la pression du liquide purulent. Celle-ci a du reste été mesurée: elle varie entre 12 et 15 cm. de mercure et est insuffisante pour faire éclater une trompe à paroi non altérée. On a du reste connu des cas où cette pression était nulle, la perforation s'étant effectuée sans que l'organe se distende, sans même que la communication avec l'utérus ne soit oblitérée.

Ceci montre bien que la rupture est la conséquence des progrès de la lésion pariétale sur un point plus ou moins localisé et sous l'influence de l'infection: il se produit là une ulcération, un amincissement local dû à un trouble trophique et une cause minime est capable de produire une perforation en ce point faible.

De quelle nature est cette infection? Wertheim a étudié le pus de 116 pyosalpinx et a trouvé 32 fois le gonocoque, 6 fois le streptocoque, 1 fois le staphylocoque, 1 fois le diplocoque de Frankel, 4 fois des micro-organismes non classés et 72 fois la stérilité. Divers auteurs ont constaté aussi la présence du colibacille, du pneumocoque, du bacille de Koch, du bacille d'Eberth. On a noté enfin la coïncidence fréquente de la salpingite avec la varicelle, la scarlatine, la rougeole, la grippe, la syphilis, l'actinomycose, etc.... On peut donc dire que presque tous les bacilles connus sont capables de causer la salpingite mais doit-on en conclure que tous peuvent amener la production d'un pyosalpinx capable de se rompre?

Certainement non: la salpingite est une affection fréquente, la rupture est un accident rare et ceci peut s'expliquer. Alors que la plupart des agents qui produisent la salpingite arrivent à la trompe par continuité de muqueuse et créent des lésions tout à fait superficielles, deux d'entre

eux pénètrent différemment. Ce sont le streptocoque et le bacille de Koch.

Le premier en effet est très ulcératif: existant au voisinage de la trompe il emprunte pour se rendre dans cet organe la voie transpariétale: suivant les lymphatiques, altérant les parenchymes, il crée sur son passage des lésions profondes qui sont des points faibles préparés pour la rupture.

Le bacille de Koch, qui est surtout l'agent des pyosalpinx des vierges arrive par la voie sanguine, parvenus dans les tissus de la trompe, ceux-ci tendent vers deux états différents: la transformation fibreuse et alors les tissus dépourvus d'élasticité se prêtent à des dilatations énormes ou bien la caséification et alors la perforation s'effectue aisément.

Exceptionnellement le bacille d'Eberth a pu causer l'accident. MM. Galliard et Chaput citent un cas où la malade en convalescence de fièvre typhoïde fut subitement atteinte d'une péritonite mortelle. Celle-ci attribuée d'abord à une perforation intestinale provenait, comme on s'en rendit compte à l'autopsie d'un pyosalpinx à bacille d'Eberth rompu dans le péritoine libre.

Enfin la rupture est quelquefois le résultat de la gangrène de la trompe sous l'influence d'un agent particulièrement virulent ou bien d'une association microbienne. Levers a observé un cas de rupture des deux trompes sans dilatation chez une fille de 18 ans en traitement au London Hospital et qui mourut en sept jours. Il a qualifié ces cas de « pyosalpinx gangréneux », et Lejars, ayant observé deux cas semblables a proposé le terme de « rupture sphacélique de la trompe ».

L'accident étant donc provoqué par l'ulcération due à l'infection, peut se produire de lui-même ce qui est rare ou

plutôt à l'occasion d'une cause étrangère d'importance minime. Le moindre excès de pression ouvrira alors la brèche préparée et le pus fera irruption dans le voisinage.

Il y a lieu du reste de distinguer deux sortes de perforation : si celle-ci se produit lentement il y a une vraie fissuration, le pus passant goutte à goutte et limitant son action. Si, au contraire, il y a éclatement brusque, le liquide septique est projeté en grande quantité et l'infection se généralise.

Du reste il y a lieu de tenir compte de l'ancienneté de la salpingite : on sait en effet que le pus devient de moins en moins virulent et finit même par être absolument stérile. Ce sont les « poussées récentes » qui produisent surtout la rupture.

Certaines dispositions anatomiques ont leur influence sur la rupture de la collection tubaire. La situation d'un pyosalpinx volumineux sous la paroi abdominale par exemple expose beaucoup celui-ci à la compression, aux chocs et par suite à l'éclatement. De même la présence dans la musculuse tubaire de ces petits abcès d'origine lymphatique qui ont une tendance à s'ouvrir à l'intérieur de la cavité et qui ont été très bien étudiés par Gendrin, constituent un point faible désigné pour la rupture. La communication aussi des pyosalpinx avec un ovisac constituant ce que les auteurs ont appelé un oophoro-pyosalpinx favorise beaucoup la production de la brèche.

Enfin il faut surtout attribuer l'accident qui nous occupe à la présence des adhérences. Celles-ci réunissant la trompe aux organes voisins sont des agents de tiraillement fréquent et favorisent énormément la rupture. Situées principalement à la partie postérieure de l'organe elles le fixent au rectum et si un déplacement vient à avoir lieu, de

grosses chances existent pour que la traction excentrique ainsi produite rompe la paroi tubaire altérée.

Dans ces conditions toute influence minime peut déterminer l'accident. La trompe se contracte du reste physiologiquement et peut elle-même le provoquer, ses contractions étant exagérées par voie réflexe. L'influence extérieure procède de la même façon: Linck et Echols rapportent chacun une observation de rupture pendant le coït.

Mary observa un cas identique dû aux contractions utérines pendant l'accouchement. Enfin les chutes sur le ventre, l'effort fait pour les éviter, le soulèvement d'un fardeau ont été signalés comme l'ayant provoquée. Chevassu raconte le cas d'une femme qui voulut se faire avorter en s'introduisant dans la matrice un instrument métallique. Celui-ci ayant perforé un pyosalpinx, provoqua une péritonite mortelle.

Les manœuvres chirurgicales ont eu quelquefois le même résultat. Legueu l'a observé deux fois au cours de la palpation bi-manuelle et du massage gynécologique par la méthode de Brandt. Sauvageon a du reste fait sa thèse sur le danger auquel expose ces traitements. Pozzi a insisté aussi sur le défaut de l'emploi du chloroforme dans ces cas: cet agent paralyse la défense musculaire abdominale et laisse la collection exposée aux violences extérieures.

Mais telle n'est pas la seule façon par laquelle la thérapeutique a pu déterminer la rupture: Herman voulant abaisser un utérus avec une pince de Museux provoqua une péritonite mortelle et on a constaté le même résultat à la suite de l'administration d'un purgatif.

On voit donc que les causes les plus variées sont capables d'amener la rupture d'un pyosalpinx pourvu que l'infection ait déjà préparé ce résultat.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

On sait qu'à l'état normal la cavité intérieure de la trompe, de diamètre sensiblement uniforme peut être divisée en deux parties : l'une, l'isthme de Barkow occupant le tiers interne et communiquant avec l'utérus par l'ostium uterinum, l'autre, l'ampoule de Henle occupant les deux tiers externes et communiquant avec la cavité péritonéale par l'ostium abdominale. Au point de vue pathologique ces deux parties diffèrent sensiblement la première n'étant pas dilatable, la deuxième l'étant davantage.

La tuméfaction de la muqueuse ayant oblitéré l'ostium uterinum, les adhérences ayant soudé les franges du pavillon qui entourent l'ostium abdominale, le pus se produisant d'une manière incessante distend la cavité tubaire.

La trompe prend alors un aspect conique, pyriforme et les auteurs l'ont comparée à une cornemuse, à un petit estomac cela avec d'autant plus de raison que la partie interne présente une série de courbures qui rappelle bien le duodénum.

En général, c'est sur les deux tiers externes que la brèche se produit, quelquefois sur le pavillon et principalement en arrière au point d'insertion des adhérences tubo-intestinales.

Pozzi insiste beaucoup sur la présence de celles-ci et c'est

en effet le plus souvent en décortiquant la collection en arrière que les chirurgiens la crèvent en ce point. Exceptionnellement la rupture peut se faire en avant ou en haut.

Il est évident que les brèches inférieures constituant un drainage naturel sont d'un pronostic bien plus favorable que les autres.

De plus, si la rupture s'est produite sous l'effet d'un mouvement ou d'un choc brusque, s'il y a eu par conséquent éclatement, la brèche a une forme linéaire, ou étoilée mais est de dimensions suffisantes pour permettre l'issue en quantité considérable du pus. Si, au contraire, c'est au processus d'ulcération lente que l'on doit l'issue du liquide, l'ouverture est une fissure imperceptible par laquelle le pus s'échappe goutte à goutte. Cela a une influence considérable sur le pronostic.

Enfin s'il s'agit d'une infection très ulcérate, particulièrement d'un cas de rupture sphacélique, on pourra observer une véritable perte de substance variant de la grandeur d'une pièce de cinquante centimes à celle d'une pièce de cinq francs. Delore a publié une observation de ce genre dans laquelle la lésion était beaucoup plus marquée sur les tuniques internes de la trompe que sur les tuniques externes. Il y avait là une perte de substance affectant une disposition infundibuliforme analogue à l'ulcère de l'estomac.

Où cette brèche va-t-elle conduire le pus? Si la dilatation n'est pas en général la vraie cause de la rupture, elle intervient beaucoup dans la localisation du point de rupture et dans la direction que prendra le pus postérieurement à son issue. Celle-ci en effet amène la paroi tubaire au contact de tel ou tel organe avec lequel s'organisent des adhérences. Celles-ci fixent ces nouveaux rapports, conduisent le pus et protègent quelquefois la grande séreuse.

D'après Delbet, sur 100 ruptures observées, le pus alla

75 fois dans le péritoine, 12 fois dans le rectum, 5 fois dans la vessie, 5 fois dans le vagin et 3 fois à la paroi abdominale.

La rupture dans le péritoine peut avoir lieu dans deux conditions différentes : si le pus est sorti brusquement sous l'influence d'un effort et sans que la séreuse se soit protégée par des adhérences, il se produira une péritonite diffuse, très souvent mortelle : Delbet en a réuni trente cas, Gonsolin en décrit une quinzaine dans sa thèse et nous en donnons nous-même deux observations inédites à la fin de l'ouvrage.

En réalité, il n'y a pas toujours péritonite généralisée, même si les adhérences ne se sont pas encore organisées : comme Quénu l'affirmait en 1897 à la Société de chirurgie : « Les péritonites que l'on croit généralisées sont seulement très étendues. Elles ont beau aller du plancher pelvien au diaphragme, elles ne sont pas généralisées en ce sens que les anses intestinales sont agglomérées et que de la sorte elles se défendent contre l'infection en s'enkystant pour ainsi dire ».

Quoi qu'il en soit, très souvent la séreuse se défend assez vite pour que le pus ne l'envahisse pas ; il se forme alors là une pelvipéritonite qui va ensuite s'évacuer par ouverture dans les organes à embouchure extérieure. C'est principalement dans le cul-de-sac de Douglas que l'abcès pelvien vient bomber et peut s'évacuer.

La déviation de l'utérus et la pesanteur du salpinx ont une grosse influence sur le cheminement du pus. Si la masse bascule en arrière : c'est vers le Douglas et le rectum que se fera l'évacuation. Si, au contraire, la masse vient en avant, c'est le vagin, la vessie et quelquefois l'espace de Retzius qui recevront le pus. Ce dernier cas a été étudié par l'onvieille et appelé le « pyosalpinx antérieur ».

Le pus peut s'évacuer par le rectum. Alexandre, dans sa thèse, en a étudié une multitude de cas : la fistule qui livre passage au pus n'est du reste pas toujours au voisinage de l'anus ; M. Laren cite dans le *Northwesten Lancet*, onze cas d'évacuation par le rectum dont six avaient une fistule très haut située dans l'intestin grêle.

Du reste, la trompe gauche est en rapport avec le côlon sigmoïde et sous l'influence d'une grossesse, d'une tumeur, cet organe peut monter très haut dans l'abdomen. Si l'abcès tubaire vient alors à se constituer, il se produit ce que Néollier, dans sa thèse, a étudié sous le nom de « pyosalpinx hauts ». Le pus peut dans ce cas s'éliminer par les portions élevées de l'intestin grêle.

La rupture se produisant entre les deux lames du mésosalpinx donne lieu au classique phlegmon du ligament large ou encore au phlegmon de la base développé dans le parametrium. Ces abcès se propagent eux-mêmes vers la vessie en avant, vers le vagin en bas, vers le rectum en arrière, vers la fosse iliaque en dehors ; ils peuvent sortir par l'échancrure sciatique ou par le trou obturateur.

On a vu le pus s'évacuer par le vagin et cette direction est assez favorable parce qu'elle constitue un drainage naturel capable d'enrayer l'affection. On l'a vu aussi s'éliminer par la vessie : Fauverghe en a réuni dix-huit cas dans sa thèse. Nous en publions nous-même deux cas dont un fut confondu avec une tuberculose du rein.

La salpingite poussée en avant par l'antidéviation de l'utérus ou bien par une tumeur quelconque peut donner des adhérences avec la paroi abdominale : le péritoine se cloisonne en avant, l'épiploon participe à la formation d'un gâteau inflammatoire qui double la paroi et qui constitue le plastron abdominal. Peu à peu celui-ci, rougit, s'ulcère et donne lieu à une fistule par où s'évacue l'abcès. C'est un

. cas exceptionnel. Nous avons pu pourtant en trouver deux cas inédits que nous publions.

En somme le pus peut prendre des directions fort variées mais c'est dans le péritoine que l'issue à lieu le plus fréquemment et c'est surtout à cette possibilité qu'il faut songer pour intervenir à temps.

SIGNES ET PRONOSTIC DE LA RUPTURE

Le plus souvent on ne constate pas de signes bien spéciaux à la rupture d'un pyosalpinx. Cependant la modification des symptômes présentés antérieurement par la malade peut faire songer à cet accident.

Quels sont ces symptômes ?

Le plus souvent la malade accusait une douleur sourde, localisée dans la partie inférieure et latérale de l'abdomen. Cette douleur se calmait sous l'influence du repos, s'exagérait par le mouvement surtout au moment des époques cataméniales et s'irradiait vers les lombes, les flancs le siège. Les règles étaient douloureuses, abondantes et irrégulières, les troubles digestifs et nerveux étaient fréquents.

Le ventre, à moins d'un pyosalpinx très volumineux ne présentait aucune voussure. Un écoulement pyométrorrhée) s'était arrêté quelques jours avant. La palpation révélait une région indurée, située au-dessus de l'arcade et constituée par l'agglomération sous l'effet des adhérences, des annexes malades avec l'épiploon et la paroi.

Le toucher permettait de constater l'immobilité partielle ou totale de l'utérus, sa déviation dans une direction quelconque et la présence sur son côté d'une tumeur indurée : Celle-ci ne donnait pas la sensation de fluctuation mais

plutôt une dureté ligneuse, la coque d'enveloppe étant le plus souvent résistante. Enfin les culs-de-sac étaient indurés et douloureux.

La rupture se produit alors : la femme peut la percevoir et en faire part au médecin. Celui-ci a même quelquefois senti la poche se crever sous ses doigts au cours de la palpation bi-manuelle. Ce qui frappe alors immédiatement c'est le soulagement de la malade : une grande détente a lieu dans l'état général et une diminution notable dans les phénomènes locaux. Si l'on pratique alors le toucher on constate la disparition de la tumeur.

Plusieurs cas peuvent alors se produire suivant la direction qu'aura prise le pus. Si celui-ci a envahi le péritoine libre, c'est dix minutes après cette sensation de bien-être « ce calme trompeur », comme disent les auteurs que se développe subitement une douleur brusque, poignante, syn-copale, en un point fixe correspondant aux annexes malades. Ce point s'étend ensuite et la douleur, envahit peu à peu tout l'abdomen, on constate alors du météorisme généralisé, du hoquet, des vomissements porracés. La température monte à 40°, le pouls devient incomptable et la mort peut survenir très rapidement.

Si, au contraire, les adhérences ont limité une poche péritonéale, on ne constate qu'une recrudescence des douleurs abdominales, avec vomissements bilieux et fièvre modérée. Le toucher permet de constater non plus la disparition de la tumeur, mais une modification dans sa forme : elle est moins dure et plus étendue ; le vagin devient douloureux et chaud.

Si enfin il y a évacuation dans un des organes pelviens, l'état de bien-être peut se prolonger. Une heure ou deux après, la malade éprouvera des élancements dans son bas-ventre, dans son rectum ou dans sa vessie ; on constatera

alors l'écoulement du pus par le vagin, ou bien la présence du pus dans les selles ou dans l'urine.

Il faut toujours songer à faire ces examens car principalement l'évacuation par le rectum peut passer inaperçue. Dans quelques cas seulement, la diarrhée glaireuse, le ténisme, la rectite attirent l'attention du médecin. De même il est fréquent que l'évacuation par la vessie ne donne pas de cystite. D'où nécessité de l'examen, d'autant plus que, comme l'a observé Delbet, l'évacuation peut se faire par l'urèthre sans aucune douleur.

La rupture dans la fosse iliaque et la cavité de Retzius donne les symptômes des phlegmons de ces régions. Par étude de ces derniers et disparition de la tumeur, on pourra songer à la perforation du pyosalpinx.

Quant à l'ouverture à la paroi abdominale, exceptionnelle du reste, elle a des signes assez précis. Le plastron dur se ramollit, la peau se soulève, rougit en un point plus ou moins localisé qui devient fluctuant : le pus ulcère alors la paroi en ce point et s'écoule au dehors.

En somme, de toutes les directions que peut prendre le pus, une seule est vraiment à redouter la débâcle dans le péritoine libre. Lawson-Tait prétendait que la mortalité de ces cas était de 50 0/0. Déjà Delbet avait réduit ce chiffre à 33 0/0 et l'on peut dire qu'aujourd'hui, vu la précocité des interventions ce chiffre peut encore être réduit.

Il faut aussi dans le pronostic faire intervenir la virulence des germes : une affection ancienne donne des accidents bien moins graves. Latzko signale un cas de rupture dans le péritoine libre qui guérit en quatorze jours ; la collection étant stérile.

Enfin il faut, lorsque la péritonite ne se développe pas, tenir un grand compte de la dimension et de la situation de la brèche. Tout pyosalpinx, ouvert à sa partie inférieure et

qui se videra complètement sera d'un bon pronostic, tout autre au contraire qui ne s'évacuera que partiellement conduira la malade à l'hecticité et à la mort. La résorption du pus entraînant la cachexie.

Il y a donc là une indication formelle à opérer radicalement et précocement et l'on peut dire que dans ces conditions tout en réservant le pronostic des cas où la rupture se fait dans le péritoine, on peut moyennant l'intervention indiquée rendre bénin le pronostic des salpingites fistulisées.

DIAGNOSTIC

Le diagnostic n'est pas toujours aisé : quand celui de la salpingite a été bien posé et que l'évacuation du pus à l'extérieur est nettement constatée, on peut le poser sans difficultés mais quand la douleur et l'apparition des symptômes généraux éveillent simplement l'idée de perforation péritonéale, comment reconnaître qu'il s'agit d'une rupture du pyosalpinx ?

On peut songer à l'appendicite, à la perforation de la vésicule biliaire, à la perforation intestinale, à la rupture d'un hématocele, à celle d'une grossesse tubaire, à l'éclatement d'un abcès du foie ou du rein.

Des maîtres de la valeur de Bonney, de Lejars, d'Echols, de Link, de Proust, de Leguen ont tour à tour commis ces erreurs. M. le professeur Escat, de Marseille, faisant une cystoscopie avait introduit ainsi la sonde dans un pyosalpinx ouvert dans la vessie. Croyant à un abcès du rein, il entreprit la néphrotomie et trouva un rein sain.

En tous cas, il faudra tenir un grand compte du passé génital de la malade que nous avons décrit au chapitre

précédent, des renseignements fournis par le toucher et enfin du siège exact de la douleur vive qui a précédé les symptômes péritonéaux.

Le côté de l'affection a son influence sur le diagnostic : il est évident par exemple que l'appendicite, les accidents du foie, la perforation de la vésicule sont éliminés si la douleur siège du côté gauche.

La grossesse extra-utérine a des signes propres qui empêchent la confusion. Il faudra baser le diagnostic sur le fait qu'une femme atteinte de salpingite devient rarement enceinte, que ses règles sont en retard, qu'elle a des pertes marquées de café. Au moment de la rupture, la femme devient pâle, exsangue ; elle est abattue et faible, mais elle n'a pas le visage prostré, l'aspect grippé de la péritonite et surtout elle n'a ni température ni immobilité de l'utérus.

Si l'affection siège à droite et que la malade accuse un passé hépatique, on songera à la perforation de la vésicule : le diagnostic pourra devenir alors très difficile.

Enfin la coïncidence de la fièvre typhoïde peut gêner aussi pas mal le médecin. Il faudra alors, avant d'affirmer la perforation intestinale s'enquérir du passé sémital de la malade et examiner les annexes.

D'après Terrillon, quand on se trouve en présence d'un abcès abdominal fistulisé, l'alternative de réplétion et d'évacuation caractériserait l'abcès tubaire. De même l'intermittence de la pyurie devrait faire penser à la rupture d'une salpingite dans la vessie.

Quoi qu'il en soit, on peut être gêné dans de nombreux cas pour établir le diagnostic différentiel : il faut donc dans les cas douteux penser à la rupture possible et vérifier à l'aide de ses signes si elle a des chances d'exister.

On peut aussi par comparaison avec la fréquence des autres affections, soupçonner celle qui nous occupe : Bauer

de Malmö dans une communication au Congrès de chirurgie donne la statistique suivante : dix cas de rupture de pyosalpinx pour cent quinze d'appendicite, quatorze d'ulcération gastro-intestinale, et treize de lésions variées ayant donné une péritonite diffuse.

TRAITEMENT

A une époque toute récente encore les chirurgiens se contentaient de traiter les suppurations pelviennes par des méthodes nettement insuffisantes. On pratiquait simplement la ponction au trocart ou l'incision du cul-de-sac dans lequel faisait saillie la collection purulente et l'on terminait par un lavage antiseptique. En 1883, Lawson-Tait pratiqua pour la première fois l'ablation d'une trompe perforée et guérit sa malade. En 1886, voulant effectuer à nouveau cette opération, il perfora le rectum et conçut la possibilité de drainer par cette voie au moyen d'un tube en verre. La guérison eut lieu encore.

Biffort vers la même époque proposa l'intervention par la voie rectale, mais il faut arriver en 1888, avec Martin pour entendre parler de laparotomie. C'est Bigelow et plus tard Delbet qui ont vulgarisé cette méthode au détriment de toutes les autres et c'est véritablement la seule opération indiquée pour le traitement.

Certains cas ont guéri seuls, soit que la collection ait été peu septique soit qu'elle se soit enkystée sous l'influence du repos et de la glace, soit que la rupture ait eu lieu non dans le péritoine mais dans l'intestin comme l'a signalé Leguen. Mais ce ne sont là que des exceptions : « Dans le doute, dit Lejars, il faut agir ».

Comment donc convient-il d'agir? Le mal est aux annexes: il faut donc s'attaquer à elles. Il faut les découvrir, procéder à la castration uni ou bilatérale, détruire les trajets fistuleux qui en partent.

Pour atteindre ce but plusieurs opérations ont été proposées: sans parler de la voie rectale conseillée par Bifort qui exigeait la dilatation du sphincter anal, le curettage postérieur de l'abcès et le drainage au moyen d'une mèche iodoformée, sans parler non plus de la méthode de Schrœder qui conseillait l'intervention par l'urèthre dilaté, nous n'envisagerons que deux voies: la voie vaginale et la voie abdominale.

Or l'ablation des annexes par la voie vaginale entraîne l'hystérectomie: l'opération n'est pas assez conservatrice et à moins qu'il n'y ait intérêt à faire l'ablation de la matrice, cette intervention est à rejeter. Bouilly la conseille pourtant dans le cas où « les poches seraient grandes, le pus fétide, des fistules se rendant à l'intestin ou à la vessie. L'hystérectomie serait alors d'emblée toute l'opération ».

Pichevin aussi la trouve « applicable aux femmes ayant des fistules faisant communiquer le pyosalpiex soit avec l'ombilic, soit avec la vessie, soit avec le vagin ».

A ces rares exceptions près nous pensons que la laparotomie est l'opération vraiment conservatrice et radicale à effectuer. Pratiquée à temps elle met à l'abri de la péritonite, supprime le foyer purulent et par suite permet de détruire définitivement les fistules: on évite ainsi l'hecticité.

Mais, comme dit Murphy « il faut entrer vite dans le ventre et en sortir plus vite encore ». Il faut opérer en effet rapidement pour éviter un shock trop considérable.

Il faut aussi opérer précocement. Bonney, en effet, signale que pratiquée pendant les douze premières heures,

elle laisse une mortalité de 30 0/0. Pratiquée après quarante-huit heures la mortalité s'élève à 80 0/0.

On emploiera comme anesthésique l'éther ou encore le mélange de Billroth. Le chloroforme doit être rejeté absolument.

Il vaudra mieux ensuite inciser la paroi dans la position horizontale. Si alors les anses intestinales gênent l'accès des annexes, on pourra recourir au Trendelenbourg mais si cela n'est pas absolument nécessaire, on l'évitera afin de ne pas infecter le péritoine diaphragmatique.

L'incision pratiquée, on évacuera la collection déjà répandue, on épongera le pus, on essuiera les anses intestinales et on fera la salpingectomie.

On fera ensuite la toilette du péritoine si du liquide septique s'est épanché sur la séreuse.

On passera enfin au drainage. Combattu par Bauer et d'autres chirurgiens, il a été accusé d'être illusoire, de favoriser l'éventration et la fistule abdominale. En réalité l'école moderne a démontré que c'est du drainage que dépend le succès de l'opération. Nous le proposerons large, conformément à la méthode employée par M. le professeur Soubeyran dans les deux observations que nous publions plus loin : il consiste en deux gros drains en caoutchouc séparés par une forte mèche. Celle-ci est levée vers le quatrième jour, les drains du dix au quinzième. La guérison a été ainsi obtenue dans les deux cas très graves que nous mentionnons.

On soumettra alors la malade aux soins post-opératoires ordinaires. On ne donnera pas d'opium, cet agent provoquant la constipation toujours néfaste et inhibant la leucocytose. Mais on luttera contre le collapsus et l'intoxication par des injections sous-cutanées de sérum et d'huile camphrée.

On combattra les vomissements par les méthodes connues et on retirera les drains dès qu'ils ne seront plus nécessaires.

On aura ainsi l'avantage d'employer une méthode s'appliquant à tous les cas et mettant la malade à l'abri de toutes les complications postérieures à la rupture.

OBSERVATIONS

OBSERVATION PREMIÈRE

Inédite. Due à l'obligeance de M. le professeur Soubeyran, de la Faculté de Montpellier

Péritonite généralisée par rupture d'une salpingite suppurée

Jeune femme de 25 ans, mariée depuis six mois : infection gonococcique maritale, vulvite, urétrite, métrite blennorrhagiques.

Souffre du ventre depuis quelques semaines après le mariage et garde la chaise longue. Ballonnement abdominal surtout le soir, envies de vomir, température oscillant le soir entre 37° et 38°. On pose le diagnostic de pelvipéritonite.

Le 26 mai 1909, six mois après le mariage, elle fut prise, en allant à la selle, brusquement d'une forte douleur syncopale généralisée à tout l'abdomen : pouls à 130 ; température 39°5 ; on porte le diagnostic de perforation ou rupture d'un viscère abdominal (annexes ou appendice).

Le lendemain matin on pratique la laparotomie verticale ; on trouve les anses intestinales distendues et vascularisées. Du côté des annexes, on trouve un pyosalpinx droit rompu. On procède à l'ablation des annexes seules,

rapidement et sans autre exploration pour ne pas compromettre l'existence de la malade. On pratique un drainage large avec deux drains et une large mèche de gaze.

Les suites de l'opération sont d'abord inquiétantes: on fait du sérum par l'anús et sous la peau, on pratique des injections d'huile camphrée.

Au bout de cinq jours, la malade se remonte peu à peu; on enlève la mèche vers le quatrième jour et les drains le quinzième. La guérison est obtenue.

OBSERVATION II

Inédite. Due à l'obligeance de M. le professeur Soubeyran, de la Faculté de Montpellier

Pyosalpinx rompu dans la vessie

Mme F... est vue par M. le professeur Soubeyran, le 20 août 1912 et opérée chez elle le 22 courant suivant.

Elle est âgée de 28 ans, mariée, sans enfants, et souffre du ventre depuis deux ou trois ans. Elle s'est toujours refusée à être opérée et elle urine du pus depuis un mois.

A l'examen on trouve des signes de pelypéritonite, un bassin induré dans toute sa largeur et comme mastiqué. L'utérus et les annexes sont fixés par des adhérences.

Le 22 août, opération; éther, difficultés de toute espèce, adhérences épiploïques à la paroi, décollement de l'intestin très pénible par suite des adhérences pelviennes. A droite, on trouve une grosse poche adhérente aux parois avec une multitude de petits foyers tout autour. Le pus est crémeux et jaunâtre. A gauche, on trouve les annexes plus petites, kystiques et adhérentes. La trompe est épaissie et enclavée. On procède à l'ablation de l'utérus puis de chacune des

annexes : on s'aperçoit alors que celle de droite est perforée et communique avec la vessie. On procède au drainage avec la mèche de gaze et deux drains.

Les suites sont bonnes ; la suppuration se fait par les drains. Le dixième jour, les fils ayant été enlevés, la paroi abdominale cède et tout le bassin nage dans le pus. Le quinzième jour il s'établit une fistule stercorale.

Quoique cela là cicatrisation a lieu peu à peu : au deuxième mois, la malade est à peu près rétablie mais la fistule ne se ferme qu'au cinquième.

La guérison est complète aujourd'hui ; la cicatrice est petite. La suppuration vésicale céda facilement à quelques lavages au nitrate d'argent à 1 p. 2000.

OBSERVATION III

Inédite. Due à l'obligeance de M. le professeur Imbert, de Marseille

Mlle R... Victorine, 41 ans, bien réglée depuis l'âge de 13 ans, a eu un enfant il y a 23 ans, mais jamais d'avortement. Au mois de janvier 1913 : pertes rouges puis douleurs à l'hypogastre avec fièvre et vomissements pendant deux mois. Après cette période aucun incident n'est à relever.

Le 6 octobre 1913 elle est prise de douleurs vives avec fièvre et vomissements. La malade entre à l'hôpital et présente à l'examen de l'empâtement dans les deux fosses iliaques ; température 38°. Au toucher on trouve l'utérus prolabé en anteversion, avec une masse infiltrée dans le Douglas. Des phénomènes péritonéaux se déclarent. L'intervention est décidée : on procède à la colpotomie et à l'inci-

sion du Douglas; on obtient un écoulement de un quart de litre de pus.

Le drainage est pratiqué et la malade mise au repos se trouve de mieux en mieux et quitte le service.

Peu de temps après, en janvier, elle revient pour abcès de la région inguinale: opérée par le docteur Hayem, celui-ci remarque que l'abcès est profond et provient des annexes. Le drainage est effectué par cette voie et supprime l'écoulement vaginal. On décide de pratiquer l'hystérectomie.

A l'ouverture de l'abdomen, on trouve un utérus immobilisé et adhérent principalement du côté gauche. On découvre dans cette région une poche à double orifice: l'un allant au vagin, l'autre à la paroi abdominale. L'ovaire gauche est sclérosé, la trompe effritée dans la région de l'isthme. Tous ces organes sont enlevés et l'on procède au drainage vaginal et abdominal.

La guérison est régulière, rapide et définitive.

OBSERVATION IV

Inédite. Due à l'obligeance de M. le docteur Ch. Platon, de Marseille
publiée dans *La Clinique* 24 juin 1910

Rupture tubaire gauche; inondation péritonéale; refus de laparotomie; péritonite; incision du cul-de-sac postérieur; hémorragies persistantes; infection; salpingo-ovaire suppurée simulant une grossesse ectopique à droite; hystérectomie subtotale; fistule stercorale; guérison.

OBSERVATION V

Due à l'obligeance de M. le docteur Ch. Platon, de Marseille
publiée dans *La Clinique* 24 juin 1910

Joséphine R..., 20 ans, tailleuse. Phénomènes de rupture tubaire. Annexite douloureuse à gauche; laparotomie avec le docteur Odilon Platon; pyosalpinx; ablation: guérison.

OBSERVATION VI

Inédite, personnelle

Mme B..., 25 ans, entre à l'Hôpital de Cannes au mois de juin 1910 pour douleurs intolérables dans le bas-ventre consécutives à un avortement datant de sept mois. La malade indique qu'après une longue période de répit, ces douleurs ont augmenté progressivement et se sont accompagnées de pertes abondantes d'abord rosées puis franchement blanches.

A l'examen, on constate une région douloureuse de chaque côté de la ligne médiane et coïncidence du côté gauche d'une tumeur du volume d'un œuf de poule dure et extrêmement douloureuse. On pose le diagnostic de salpingite double et la malade est mise au repos.

Le lendemain nous sommes appelé par l'infirmière de garde auprès de la malade pour des crises d'étouffement et de vomissements. La température est aux environs de 41° et le pouls marque exactement 131. La malade présente

des symptômes péritonéaux très graves et son état ne permet pas momentanément l'intervention.

La malade est isolée avec de la glace sur l'abdomen, passe une nuit extrêmement agitée et meurt le lendemain matin.

Nous en pratiquons l'autopsie avec le docteur Saulnier de Pray. Nous trouvons les anses intestinales baignant dans le pus. A notre grande stupéfaction nous ne trouvons pas la tumeur palpée l'avant-veille et nous constatons qu'elle était très certainement constituée par la trompe gauche, actuellement rompue et étalée dans la fosse iliaque.

OBSERVATION VII

Inédite et personnelle

Mlle Jeanne T... nous consulte pour des pertes rosées qu'elle constate chaque jour depuis cinq à six mois, sans douleurs ni gêne aucune. Nous l'examinons et constatons nous-même des annexes volumineuses et très perceptibles par le toucher combiné. Nous lui conseillons le repos et des injections antiseptiques au lusoforme.

Quelque temps après, nous sommes à nouveau appelé par Mlle T... qui commence à souffrir du côté gauche et nous fait part de la disparition des pertes dont elle se plaignait auparavant. Nous examinons à nouveau Mlle T... et remarquons que son annexe gauche a doublé de volume. Nous pensons pour des motifs spéciaux que nous donne la malade qu'il s'agit là d'une grossesse extra-utérine et nous la faisons entrer à l'hôpital.

Après huit jours d'observation, les crises douloureuses,

devenant intolérables, la température augmentant, l'intervention est décidée. On pratique la laparotomie verticale et l'on trouve la trompe gauche distendue et envahie par les adhérences : en décortiquant la collection, on trouve sur la partie gauche et postérieure une ouverture déchiquetée donnant accès dans une poche péritonéale bien limitée et qui constituait un abcès impossible à sentir à travers la paroi. Le tout est enlevé, la toilette péritonéale faite soigneusement et le drainage abdominal pratiqué largement.

La malade fut guérie en vingt-cinq jours et, mariée depuis, elle ne s'est jamais ressentie de ses annexes. La trompe droite paraît au contraire moins volumineuse qu'à cette époque et les pertes ont complètement disparu.

OBSERVATION VIII

Due à l'obligeance de M. le professeur Escal, ne Marseille

Mme Rigat Marguerite, 26 ans, laitière, entre à l'Hôtel-Dieu, le 4 mars. Son affection date de huit mois : elle a débuté par des douleurs du bas-ventre, de la pollakiurie et une lassitude générale qui l'ont amenée à consulter le docteur Michel. Les urines étaient troubles et contenaient du sang caillé. La température fut élevée pendant trois jours et une analyse faite à ce moment-là, révéla 0 gr. 75 d'albumine. Elle se fit traiter ensuite par le docteur Pieri qui pratiqua des lavages au nitrate d'argent sans grands résultats. Sur les conseils du professeur Escat elle rentra enfin à l'Hôtel-Dieu.

De l'interrogatoire fait à son entrée, il résulta qu'aucune maladie antérieure ne permit d'expliquer les symp-

tômes constatés : pas d'enfants ni d'avortements ; pas de maladies héréditaires. A ce moment-là, les urines se maintenaient troubles, la capacité vésicale mesurée fut évaluée à 40 cc. L'état général était bon, l'appétit conservé. A l'examen on trouvait un plastron de péricystite et un utérus immobilisé : la pollakiurie persistante amena l'application d'une sonde à demeure durant un mois et la capacité vésicale s'éleva alors à 80 cc.

Le professeur Escat pratiqua la cytoscopie. Le bas-fond vésical présentait des lésions inflammatoires profondes : par côté on apercevait un orifice cratériforme donnant accès à des débris purulents. Une sonde urétérale introduite à l'intérieur fut arrêtée à 5 cc. et une injection poussée dedans détermina un reflux indiquant que l'on se trouvait dans une poche. On retira la sonde : on chercha les orifices urétraux, mais le catéthérisme ne permit pas de contrôler leur découverte. Par un toucher vaginal consécutif on faisait sourdre du pus de l'orifice préalablement aperçu.

L'opération fut décidée et pratiquée le 26 mai par M. le docteur Pieri, de Marseille, qui fit une laparotomie. A l'ouverture on ne constatait pas d'adhérences sauf au voisinage de l'appendice qui fut réséqué. A gauche on apercevait les annexes augmentées de volume et à droite une poche bien délimitée. On détacha les annexes gauches, on plaça une pince sur le col utérin et une sur le côté droit de l'utérus. On pratiqua alors l'ablation de cet organe avec les annexes gauches : il ne restait que le pyosalpinx droit. Au cours de l'intervention celui-ci fut crevé mais on trouva malgré cela un plan de clivage qui permit l'énucléation.

On pratiqua alors la ligature des pédicules, la péritonisation et le drainage.

Les suites opératoires furent excellentes on put enlever le drain le septième jour, les greffes le huitième et les fils

d'argent le quatorzième. Les urines devinrent de moins en moins troubles grâce à des lavages quotidiens au nitrate d'argent. La capacité vésicale atteignit alors 150 cc. et la malade fut complètement guérie au mois de juin.

OBSERVATION IX

Inédite. Due à l'obligeance de M. le professeur Escat

Une malade présentant des signes de tuberculose consulta M. le professeur Escat pour des troubles urinaires qui furent momentanément attribués à de la tuberculose rénale. Une cystoscopie pratiquée alors permit d'apercevoir un orifice que l'on prit pour l'embouchure urétérale; une sonde fut introduite et déterminâ une issue considérable de pus. Ce pus inoculé à cinq cobayes déterminâ cinq cas de tuberculose grave et l'on conclut à une caverne rénale.

La néphotomie fut décidée : le rein fut trouvé sain. Pourtant le pus continuait à s'éliminer par la vessie si bien que grâce à ce drainage naturel la malade guérit. L'effeur de diagnostic ne lui fut donc pas funeste, elle aiguilla simplement les recherches vers les organes génitaux et permit la constatation d'un pyosalpinx rompu dans la vessie qui guérit consécutivement.

OBSERVATION X

Inédite. Due à l'obligeance de M. le docteur René Gauthier, de Marseille

Pysalpinx tuberculeux ouvert à la paroi abdominale. — Hystérectomie. —
Guérison 3 ans après

S... Anna, 36 ans, née à l'Ile-Rousse (Corse), père mort d'abcès froid, réglée à 15 ans, régulièrement et sans douleurs, mariée à 23 ans; deux enfants morts de méningite (grossesses normales).

A commencé à souffrir du ventre en octobre 1910; coliques sans diarrhée et sans fièvre, avec amaigrissement et perte d'appétit. Règles d'abord abondantes, puis en janvier 1911, plus de règles.

En avril 1911, douleurs très fortes dans la fosse iliaque gauche qui déterminent son entrée à l'Hôtel-Dieu dans le service de M. le docteur Roux, de Brignoles.

Examinée le 13 mai, la malade a une température de 38°2, un utérus volumineux (à mi-hauteur de l'ombilic). Le cul-de-sac gauche est empâté, fait corps avec l'utérus; le cöl est gros, dur, ni ouvert ni ramolli et il y a un écoulement glaireux. On pense à une grossesse extra-utérine.

La laparotomie est pratiquée le 14 juin par le docteur Roux, de Brignoles; on trouve une masse énorme dans la fosse iliaque gauche, constituée par l'utérus, l'ovaire et les anses intestinales agglomérées tout autour de la trompe, énorme et purulente; aucune libération n'est possible. On trouve des granulations tuberculeuses sur tout le péritoine, confluentes au voisinage de la fosse iliaque.

On place alors deux gros drains: un sur la ligne médiane et un dans la fosse iliaque. On fait passer par ces drains pendant 48 heures un courant d'oxygène suivant la mé-

thode de Nancy. La malade sort le 15 juillet, elle est très maigre, sans température; la masse au toucher du cul-de-sac est plus mobile, plus limitée, plus compacte, de la grosseur du poing.

La malade part alors en Corse: elle est prise de douleurs, de fièvre avec tuméfaction de la paroi abdominale sur le trajet du drain inférieur; le pus s'écoule abondamment. Fistulisation suivie d'amélioration notable de l'état général.

Revue en novembre 1911, la tuméfaction a beaucoup diminué; toujours accolée à l'utérus, elle est très mobile et, peu douloureuse. L'aménorrhée est persistante. Le docteur Gauthier pratique des injections d'huile goménolée à 33 p. 100 de glycérine iodoformée à 1/10^e dans la fistule qui se ferme en 1912.

Le 26 mars, le docteur Gauthier pratique avec l'autorisation du docteur Roux, de Brignoles, une hystérectomie totale. L'opération est laborieuse, la trompe réduite à une coque indurée à l'intérieur de laquelle on trouve un magma caséeux et des résidus d'iodoforme. Le trajet est disséqué, isolé et la tumeur extirpée. Les granulations ont presque toutes disparu au voisinage de la trompe malade.

La guérison est obtenue sans autre incident qu'un abcès sur un fil d'argent. La malade est toujours en bonne santé depuis.

OBSERVATION XI

Inédite. Due à l'obligeance de M. le docteur René Gauthier, de Marseille

Tuberculose tubaire fistulisée à la paroi abdominale. — Extirpation. — Guérison

R. G..., 21 ans. Souffre du ventre depuis l'âge de 13 ans, douleurs dans la fosse iliaque droite, coliques surtout au moment des règles, celles-ci irrégulières.

A l'âge de 17 ans, cet état empire : le ventre se ballonne ; périodes de constipation ou de diarrhée, fièvre, état général médiocre. Soignée par différents confrères et laparotomisée au bout de sept mois d'état fébrile ; on trouve, paraît-il, un abcès de la fosse iliaque et des adhérences latérales telles qu'on ne peut tenter aucune opération radicale. Drainage.

Elle vient pour la première fois, en mai 1913, consulter le docteur Gauthier. Aspect des tuberculeux cachectiques : poids, 35 kilos ; pas de signes pulmonaires ; sueurs, anorexie, vomissements fréquents, constipation opiniâtre ; douleurs violentes à chaque défécation ; polakyurie douloureuse. La température est aux environs de 39° et à l'examen de l'abdomen, on constate une éventration de la largeur d'une main. Seule la peau réunit les muscles écartés ; une fistule pyostercorale dans la fosse iliaque droite apparue sur le trajet ancien d'un drain ; une autre fistule pyostercorale médiane à trois travers de doigt au-dessous de l'ombilic ; enfin un abcès s'est vidé au-dessus du pubis et n'a cessé de couler. Donc, troisième fistule, celle-là uniquement purulente ; tout autour induration et plastron de péricystite.

Au toucher rectal (le vaginal étant interdit), sensation identique à l'observation précédente ; l'utérus fait corps avec l'empâtement du cul-de-sac droit mais aucune mobilité ; tout est bâti depuis la paroi abdominale jusqu'à la paroi rectale.

Le docteur Gauthier pratique des injections modificatrices dans le trajet fistuleux (huile goméuolée à 33 0/0 ; glycérine iodoformée à 1/10). Peu à peu l'état général se remonte ; la fièvre s'éteint. L'appétit revient ; la malade pèse 48 kilos en mai 1914. Les fistules sont taries, la péricystite

a complètement disparu, ainsi que les phénomènes cystiques.

La laparotomie est pratiquée; cure radicale de l'éventration et des fistules; les pyostercorales vont l'une au cæcum l'autre au grêle; la libération du cæcum d'avec la trompe est pénible; on enlève la trompe droite avec l'ovaire qui adhèrent également au rectum; état identique à celui de l'observation précédente. On laisse l'utérus quoi qu'il soit gros, congestionné et maltraité par les libérations d'adhérences. Les sutures intestinales après extirpation des fistules sont faites au fil de coton D M C n° 40, la péritonisation au catgut fin, la suture de la paroi par le procédé de lavage du docteur Gauthier au fil d'argent amovible.

Le 20 juin, la guérison est complète. Les règles sont revenues sans aucune douleur ce qui n'était pas arrivé depuis des années. Le fil d'argent a été enlevé un mois après l'intervention. La paroi abdominale est restée solide.

BIBLIOGRAPHIE

- LABADIE, LAGRAVE et LEGUEU. — Traité de gynécologie, 1904.
- DUPLAY et RECLUS. — Traité de chirurgie, 1908.
- LE DENTU et DELBET. — Traité de chirurgie, 1908.
- POZZI. — Traité de gynécologie, 1908.
- LAMOUROUX. — Thèse de Paris, 1912. Péritonite diffuse par rupture d'un pyosalpinx.
- HANRAS. — Thèse de Paris, 1910-1911.
- ALEXANDRE. — Thèse de Bordeaux, 1910-1911. Contribution à l'étude des pyosalpinx spontanément ouverts dans le rectum.
- GONSOLIN. — Thèse de Lyon, 1908-1909. Des péritonites généralisées par ruptures des pyosalpinx.
- SAUVAGEOT. — Thèse de Paris, 1903-1904. De la rupture des collections tubaires au cours du palper abdominal et du massage gynécologique.
- FAUVERGHE. — Thèse de Lille, 1902. De la perforation spontanée des pyosalpinx dans la vessie.
- NÉOLLIER. — Thèse de Montpellier, 1913. Contribution à l'étude des pyosalpinx hauts.
- DUVERGEY. — Semaine gynécologique, 11 février 1913). Coupes d'urologie 1912 (péricystites par salpingites).
- BRICKNER. — Péritonite diffuse par rupture de pyosalpinx Archives générales de chirurgie, 1912, p. 706; Surgery Gynecology and obstetrics, 1912.

- LEJARS. — Semaine médicale, 12 avril 1911, p. 169.
- COTTE. — Revue de gynécologie, 1907.
- Gazette des Hôpitaux*, 1900, p. 82.
- ECHOLS (Ch.-M.). — Traumatic rupture of pus tubes causing diffuse peritonitis. Surgery gynécology and obstetrics, décembre 1910.
- CHEVASSU. — Péritonite généralisées par rupture d'un pyosalpinx au cours de manœuvres abortives. Bull. et mém. de la Soc. d'anatom. de Paris, janvier 1910.
- MARY (A.). — Sur un cas de rupture de pyosalpinx pendant l'accouchement. Thèse de Paris, 1908.
- BOUILLY. — Semaine gynécologique, 1896, p. 263.
- PICHEVIN. — Semaine gynécologique, 1896, p. 272.
- SARTORIUS. — Thèse de Strasbourg, 1896.
- ROGER. — Traitement des suppurations pelviennes. Thèse de Paris, 1900.
- BIGELOW. — Martin's method of operating in high seated abscesses. Amér. Jouri. of obst., 1888.
- DELBET. — Les suppurations pelviennes chez la femme, 1891.
- LAREN. — Northwesten Lancet, 15 décembre 1891.
- BRINDEAU. — Trois observations de salpingite ayant entraîné la mort à la suite d'un avortement. Société d'obstétrique de Paris, 16 avril 1908, in Ann. de gynéc. et obstét., 1908, p. 692.
- GALLIARD (L.) et CHAPUT. — Salpingite éberthienne opérée d'urgence. Bull. et mém. de la Soc. méd. des hôpitaux de Paris, séance du 5 nov. 1909, p. 502, et Semaine médicale, 1909, p. 538.
- LATZKO. — Diffuse eitrige peritonitis bei eitrigen adnex-tumoren. Geburtshilflich gynäkologische geselschaft in Wien, séance du 17 mars 1908, in Zentr. Bl. f. Gynâkol., 6 février 1909, p. 224.

POZZI. — Soc. obst. gyn. et pédiat., 1903, p. 87.

DORSETT (E.-L.). — Spontaneous rupture of pyosalpinx followed by diffuse peritonitis; intestinal obstruction six months later from post operative adhesion. Weekly Bull. St-Louis M. Soc. 1912, VI (228-230).

LE MONIET. — Péritonite par rupture d'un pyosalpinx coexistant avec un fibrome; hystérectomie abdominale totale; guérison (Rapp. de J.-L. Faure). Bull. et mém. de la Soc. de chirurgie de Paris, 1912, n. s., XXXVIII, 967.

PATEL et OLIVIER. — De la thérapeutique chirurgicale conservatrice dans le traitement de la tuberculose annexielle.

BARRY (C.). — Notes on 100 consecutive laparotomies performed for pyosalpinx in the civil général Hospital Rangoon-Indian M. Gaz., Calcutta, 1913, XLVIII (181-188).

BRICKNER (W.-M.). — Rupture of pyosalpinx not a rare accident Ann. J. Obst. N.-Y., 1913, LXVIII (995-999).

BONNAUD (Lucie). — Contribution à l'étude des opérations conservatrices dans la tuberculose annexielle de la femme. Lyon, 1913, 37 p., n° 79, 8°.

CONSTANINI. — Ruptures d'un pyosalpinx dans le péritoine; péritonite suraiguë; mort. Bull. et mém. de la Soc. anat. de Paris, 1913, LXXXVIII (441).

RIVES et ECONOMOS (S.-N.). — Appendicite et annexite. Montpellier Médical, 1912, XXXIV (179-182).

Vu et permis d'imprimer:
Montpellier, le 25 juin 1914.

Le Recteur.

Ant. BENOIST.

Vu et approuvé :
Montpellier, le 25 juin 1914

Le Doyen,

MAIRET.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes chers condisciples, et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Etre suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leur enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !
